



.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Adres zamieszkania

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

OŚWIADCZENIE PACJENTA

W imieniu własnym lub jako opiekun, wyrażam zgodę na objęcie mnie pielęgniarstwem długoterminowym domowym

Stwierdzam, że zostałem poinformowany o moim prawie do:

1. Informacji o swoim stanie zdrowia,
2. wyrażenia zgody lub odmowie na określone badania i świadczenia zdrowotnej
3. bezpłatnego udzielania świadczeń

na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Jednocześnie oświadczam, że ustanawiam następującą(e) osobę(y) do:

a) Udzielania informacji o moim stanie zdrowia:

.....
(imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu)

b) Dostępu do mojej dokumentacji medycznej, także po śmierci:

.....
(imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu)

..... dnia

.....
miejsce

.....
Podpis pacjenta